

## نامه شرایط

این فرم باید بنا به درخواست تیم کمک هزینه مالی بیماران برای اطلاعات بیشتر، توسط بیماری که جویای کمک هزینه مالی است تکمیل شود. ممکن است شامل شرایطی از قبیل گذران زندگی با پس اندازهای نقدی، وضعیت تأهل نامشخص، عدم تأمین هزینه های خانوار توسط همسر، سرپرستی غیرحقوقی و غیره باشد.

نام بیمار: \_\_\_\_\_

لطفاً شرایط را اینجا توضیح دهید:

استشهاد:

شهادت می دهم که تا جایی که اطلاع دارم، اطلاعات بالا درست و صحیح است. موافقت می کنم که اگر نیاز به تأیید بیشتر باشد، می توانید با من تماس بگیرید.

تاریخ امضا

امضای فرد که این فرم را تکمیل می کند